DE

N° 82

L'IRIDECTOMIE PRÉPARATOIRE

DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1907

PAR

Gabriel BÉNÉZECH

Né à Cette, le 26 octobre 1879

EX-EXTERNE DES HÔPITAUX

AIDE DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

—

1907

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✲).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✲).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✲).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologique.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. RAUZIER, DE ROUVILLE.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées..	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillard	RAUZIER, prof. adjoint.
Pathologie externe.....	SOUBEIRAN, agrégé.
Pathologie générale.....	N...
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, agrégé libre.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. JEANBRAU.	MM. GAGNIÈRE.
RAYMOND (✲).	POUJOL.	GRYNFELTT (Ed.)
VIRES.	SOUBEIRAN.	LAPEYRE.
VEDEL.	GUERIN.	

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la thèse :

MM. TRUC, *président.*	MM. JEANBRAU, *agrégé.*
ESTOR, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

À LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

À MA MÈRE

À MA SŒUR

G. BÉNÉZECH.

A MON CHER MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR H. TRUC

PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage affectueusement reconnaissant.

G. BÉNÉZECH.

A MES PARENTS

A MES AMIS

G. BÉNÉZECH.

PRÉFACE

Sur le seuil de notre carrière médicale nous avons particulièrement à cœur d'exprimer à notre maître M. le professeur Truc la reconnaissance que nous lui gardons pour ses excellentes leçons et ses précieux conseils.

Pendant les cinq années que nous avons passées auprès de lui à différents titres, d'abord comme externe, puis comme second et premier assistant, il n'a cessé de nous prodiguer le plus vif intérêt.

Il nous a appris par son exemple à aimer nos malades, à ne pas voir en eux seulement « des cas », mais des gens qui souffrent, souvent des malheureux dignes de toute sympathie.

Nous sommes fier de pouvoir nous compter au nombre de ses élèves.

Nous remercions M. le professeur Estor, MM. les professeurs agrégés Jeanbrau et Soubeyran de l'honneur qu'ils nous ont fait en acceptant de faire partie de notre jury.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555226_0102

AVANT-PROPOS

L'extraction de la cataracte simple ou combinée à l'iridectomie présente des indications toujours plus nombreuses ; et telles cataractes diversement compliquées ou plus ou moins incomplètes jadis inopérables sont couramment enlevées de nos jours.

L'extraction simple, comme l'extraction intra-capsulaire, représente un idéal opératoire auquel nous devons tendre, mais qu'on ne peut constamment atteindre. Daviel lui-même, le créateur de la méthode, a dû plusieurs fois pratiquer l'iridectomie. Dans un grand nombre de cas l'extraction simple est trop aléatoire ou trop risquée ; elle doit être réservée aux cataractes ordinaires. Extraction simple, cataracte simple.

L'extraction combinée avec iridectomie constitue une nécessité fréquente. Elle convient à beaucoup de cataractes incomplètes ou plus ou moins compliquées au point de vue général, régional, ou local. A la clinique ophtalmologique de Montpellier, sur deux mille opérations de cataracte environ, plus des trois quarts ont été faites avec iridectomie. Près de la moitié, il est vrai, pour des motifs régionaux ou autres, présentent des complications préopératoires diverses. A cataracte compliquée extraction combinée.

L'iridectomie dans l'extraction combinée est faite ordinairement d'emblée, extemporanément entre la kératotomie et

l'ablation du cristallin : c'est l'iridectomie simultanée. Mais elle peut être faite aussi d'une façon préliminaire en opération spéciale plus ou moins longtemps avant l'extraction du cristallin : c'est alors l'iridectomie préalable ou préparatoire.

L'iridectomie préparatoire à l'extraction de la cataracte correspond à une décomposition réductrice des risques de l'extraction combinée. On pratique deux opérations complémentaires au lieu d'une seule opération totale, deux petites opérations bénignes au lieu d'une grande opération plus grave. Le chemin thérapeutique est plus long mais la route paraît plus sûre. C'est ainsi, a-t-on dit, qu'il faudrait opérer son père ou sa mère, c'est-à-dire presque tous les malades : exagération sans doute, car il y a de nombreuses contre-indications, mais expression énergique de la bénignité et de la sécurité opératoires correspondantes.

L'iridectomie préparatoire est un procédé de choix ou de nécessité ; de choix dans les cataractes plus ou moins incomplètes ; de nécessité dans les cas particulièrement compliqués. Dans l'extraction des cataractes difficiles ou très compliquées, iridectomie préparatoire.

A la clinique ophtalmologique, M. le professeur Truc pratique depuis longtemps l'iridectomie préparatoire à l'extraction de la cataracte. Notre maître est d'ailleurs fort éclectique et tous les procédés opératoires quels qu'ils soient lui paraissent avoir leurs indications particulières. C'est ainsi qu'il pratique outre l'extraction simple et l'extraction combinée avec toutes leurs variantes, la maturation, la succion, l'abaissement même. En raison toutefois de nombreuses complications préopératoires (50 °/₀ environ), générales, régionales ou locales, il trouve à l'iridectomie préparatoire de fréquentes indications. Dans ces dernières années, il l'a pratiquée plus souvent encore, et dans les cataractes très incomplètes ou très compliquées, il semble y recourir toujours plus volontiers.

Nous l'avons assisté dans bon nombre de cas, en ville comme à l'hôpital, et nous avons pu généralement constater l'excellence des résultats.

Sur les conseils de notre maître nous ferons une étude spéciale de cette question et nous tâcherons de mettre en valeur nos documents personnels. Cette étude est un peu sommaire et improvisée, mais les circonstances ne nous ont pas permis de la creuser davantage (1).

Après une étude historique de la question nous examinerons successivement tous les avantages et inconvénients, les indications et contre-indications, les particularités opératoires. Nous terminerons par l'exposé des résultats appuyé sur nos observations.

---

(1) Nous avions préparé comme travail original une étude historique sur un mémoire inédit de Pellier de Quengsy. Son étendue même et le manque de temps nous ont contraint provisoirement d'y renoncer.

DE

L'IRIDECTOMIE PRÉPARATOIRE

DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'extraction de la cataracte avec iridectomie préparatoire date de la seconde moitié du siècle dernier. La première idée paraît devoir en être attribuée à de Græfe. Il écrivait en 1858 : « Si quelqu'un avait la pensée d'ouvrir quelques semaines avant l'extraction une pupille artificielle en haut, je n'y trouverais quant à moi rien à dire si ce n'est que cette précaution serait superflue dans la plupart des cas. »

Quelques années après, en 1862, un oculiste de Dusseldorf, Albert Mooren, publie une brochure intitulée : « Manière de diminuer les dangers de la suppuration cornéenne dans l'extraction de la cataracte. » Frappé des accidents dont étaient menacés les opérés de cataracte, il proposait de pratiquer, de huit à quinze jours avant l'opération principale, une pupille artificielle en haut. A l'intervalle de quinze jours succède l'extraction de la cataracte qui ne diffère en rien de celle à lambeau ordinaire.

Mooren est partisan de l'emploi systématique de ce procédé dans tous les cas, mais il le recommande spécialement :

« 1° Dans ceux où le sujet présenterait un marasme sénile profond, où il serait exposé à des congestions de la tête, ou enfin il lui serait impossible, pour une raison ou pour une autre, de s'aliter un certain temps ;

» 2° Si la pupille obéissait mal à l'action dilatante de l'atropine et si, par exemple, le retrait de l'iris consécutif à l'installation de ce mydriatique ne mesurait que le tiers de sa largeur ;

» 3° Si la cataracte présentait un noyau volumineux entouré de masses corticales abondantes. »

M. Mooren prétendait avoir 98 °/₀ de succès:

Dans sa thèse inaugurale, en 1866, Oppermann reconnaît les avantages de l'opération de Mooren confirmés, dit-il, par les statistiques de ceux qui l'ont expérimentée. Il la trouve particulièrement indiquée, « dans les cas où le malade ne possède plus qu'un œil et où l'opération par discission est contre-indiquée, dans les cas où il existe des complications, soit du côté de l'état général, soit de l'état local, parce que c'est la méthode la plus sûre. Cependant, à cause du retard qu'elle exige, elle ne pourra trouver une application étendue que dans la clientèle privée. » Il trouve l'intervalle de quinze jours insuffisant et voudrait qu'il fût au moins de deux mois.

Thoulet-Luzie (Thèse de Paris, 1867), de Wecker (1867) préfèrent le procédé de Mooren à l'extraction combinée, « mais en laissant quatre semaines au moins entre les deux opérations afin de ne pas accumuler dans un temps trop restreint les actions traumatiques que l'œil doit supporter. »

Barquissau (1873) considère l'opération de Mooren comme un progrès immense, « car par là on diminuait les

chances de voir se déclarer les inflammations de l'iris dans la partie contusionnée de ce voile membraneux. En outre, on évitait beaucoup plus facilement de laisser des fragments de substance corticale en arrière de la pupille. On avait donc moins à craindre leur influence plus ou moins fâcheuse sur l'iris et le corps ciliaire, car on arrivait plus facilement après l'iridectomie au nettoyage du champ pupillaire. Enfin, les prolapsus de l'iris à travers les lèvres de la plaie cornéenne étaient moins fréquents et moins dangereux. »

Plus près de nous, Fœrster (1882) cherche à hâter la maturation de la cataracte par l'iridectomie préparatoire et le massage combinés.

Jacobson (1884) préfère l'action de la seule iridectomie à la maturation de Fœrster qu'il trouve dangereuse et pense arriver au même résultat. Il trouve grand avantage à « terminer préalablement l'acte peut-être le plus grave de l'opération. »

Bettremieux (1885-86) recommande l'iridectomie préalable : 1° si l'on veut faire la maturation artificielle par le procédé de Fœrster; 2° quand on se trouvera en présence de cataractes circonscrites centrales mûrissant avec une lenteur désespérante ; 3° enfin dans les cas de cataracte glaucomateuse.

Terson (1899) s'est bien trouvé de l'iridectomie préparatoire dans cinq cas de cataracte molle avec absence totale de chambre antérieure.

Dans une communication à la Société française d'ophtalmologie (Congrès de mai 1902), Aubineau se déclare partisan résolu de l'extraction espacée. Il emploie systématiquement ce procédé depuis plusieurs années en raison des résultats constants qu'il lui a donnés. Dianoux

trouve cette opération surtout indiquée chez les diabétiques.

Au Congrès de mai 1904, Péchin préconise à nouveau l'iridectomie préparatoire. Truc approuve à condition de n'être pas trop exclusif.

Nous citerons encore Gifford, Haab, Doyne, comme s'étant intéressés à cette question. Le docteur Bérard, d'Angoulême, dans l'*Ophtalmologie Provinciale* de décembre 1905, fait bien ressortir les avantages de cette opération.

Chez ces différents auteurs, nous avons trouvé des observations nombreuses, des documents précieux, mais point d'étude d'ensemble. D'une façon générale, les oculistes contemporains reconnaissent les avantages de l'iridectomie préparatoire, mais ils trouvent l'intervalle de huit à quinze jours, préconisé par Mooren, insuffisant. Quelques-uns, séduits par la bénignité de l'opération, voudraient la voir ériger en principe. La plupart considèrent comme un assez gros inconvénient de nécessiter deux opérations et, tout en reconnaissant ses indications, ne sont pas partisans de son emploi systématique.

CHAPITRE II

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

L'ablation du cristallin dans l'extraction espacée offre de nombreux avantages résultant de l'iridectomie faite au préalable. Opération très séduisante par les risques minimes qu'elle fait courir au patient, elle présente cependant quelques inconvénients assez sérieux pour ne pas en généraliser l'emploi.

Avantages. — L'extraction espacée décompose une grave opération en deux petites opérations bénignes, à complications moins nombreuses et plus souvent évitables, facilitant la tâche de l'opérateur et augmentant les chances de succès pour le malade dans des cas réputés jadis inopérables.

Dans ces cataractes particulièrement compliquées, l'extraction simple expose à des accidents multiples. L'extraction combinée leur conviendrait mieux. Elle a donné d'excellents résultats dans des cas très graves. Cependant la sécurité opératoire sera bien plus grande encore si l'iridectomie est faite un certain temps avant l'extraction du cristallin.

En effet, la section de l'iris est souvent douloureuse, et le malade, désagréablement impressionné, vient ajouter par son indocilité aux difficultés opératoires.

Une hémorragie variable, parfois très abondante, peut accompagner la section de l'iris. La chambre antérieure inondée masque le champ opératoire et il est facile de concevoir les obstacles qui en résultent. L'extraction est faite à tâtons, la toilette pupillaire particulièrement difficile est souvent incomplète. Des cataractes secondaires peuvent en être la conséquence. Ces complications importantes sont évitées par l'iridectomie préparatoire.

Par la suppression de l'iridectomie le jour de l'extraction on empêche le contact du sac capsulaire avec la plaie irienne et l'œil n'est pas le siège de deux traumatismes simultanés. Les chances d'inflammations de l'iris et des accidents consécutifs à l'extraction sont diminuées.

L'enclavement de l'iris et ses conséquences, soit dans la première, soit dans la seconde intervention, sont plus sûrement évités que dans l'extraction combinée.

En découvrant le cristallin, l'iridectomie préparatoire permet de noter ou de mieux apprécier certaines opacités circonscrites, certaines lésions partielles ; elle permet aussi de mieux suivre l'évolution et la marche de la cataracte. Elle permet encore de prévoir des difficultés inattendues pour l'extraction.

Elle supprime un temps opératoire dans des cas où l'opération définitive doit être exécutée avec un maximum de rapidité, pour éviter l'issue du corps vitré (cataractes luxées ou subluxées, yeux extrêmement myopes).

La seconde intervention réduite à l'expulsion du cristallin à travers une pupille artificielle déjà existante est plus courte, la cicatrisation plus rapide. Le retour à la vision

définitive n'est pas retardé par le traumatisme irien et ses suites, ou la résorption parfois si lente (cataractes glaucomateuses) du sang épanché. La guérison est obtenue dans le minimum de temps.

Nous signalerons encore un petit point de détail. L'astigatisme cornéen nous a paru en général un peu moins prononcé qu'avec les procédés courants, ce qu'il faut sans doute attribuer à la diminution de déformation cornéenne due à une extraction plus facile.

Enfin cette opération jouit de la faveur des jeunes débutants tourmentés « par cet état d'âme tout particulier de l'oculiste qui exécute ses premières cataractes.»

Inconvénients. — Le principal inconvénient de l'extraction espacée est de nécessiter deux opérations au lieu d'une. On a prétendu que les malades comprennent mal l'utilité d'une opération qui ne leur donne pas de vue. En réalité, ils se soumettent très volontiers lorsque le médecin a su prendre de l'autorité sur eux. Nous n'avons jamais vu, à la clinique de Montpellier, un malade refuser cette opération, conseillée par notre Maître. Cependant cet inconvénient mérite considération et il est assez important pour justifier l'emploi des méthodes habituelles dans tous les cas où elles ne seront pas contre-indiquées.

On a encore reproché à ce procédé d'exposer deux fois à l'infection, en nécessitant deux fois l'ouverture de l'œil ; cet argument perd beaucoup de sa valeur avec les ressources actuelles de l'asepsie et de l'antisepsie.

Comme à l'extraction combinée, on lui reproche encore de nuire à l'esthétique. En réalité, la difformité est minime, dissimulée en grande partie par le port des lunettes et la paupière supérieure, l'iridectomie siégeant ordinai-

rement en haut; ce point de vue est d'ailleurs presque négligeable chez des malades ordinairement âgés.

Les résultats optiques sont aussi satisfaisants qu'avec l'extraction simple, surtout lorsque le malade a appris à diaphragmer sa nouvelle pupille. L'éblouissement diminue peu à peu avec le temps, et est d'ailleurs variable, avec les individus qui présentent chacun une susceptibilité particulière à cet égard, certains n'étant par le moins du monde incommodés par des colobomes inférieurs.

Si ces inconvénients, en somme légers, méritent d'entrer en ligne de compte dans les cas ordinaires, ils deviennent négligeables dans les cas graves en comparaison de la sécurité opératoire inhérente à cette opération.

CHAPITRE III

INDICATIONS

Mooren, séduit par la simplicité de l'extraction après une iridectomie préparatoire, eut recours systématiquement à ce procédé. Il y avait là évidemment une exagération notable. L'extraction espacée est une excellente opération, mais une opération d'exception. Il n'en est pas moins vrai qu'elle reconnaît des indications de jour en jour plus nombreuses.

Ces indications relèvent des complications diverses préopératoires. Ce sont :

1° Les infections externes ;

2° Certaines lésions oculaires ;

3° Un grand nombre de maladies générales ;

4° Divers états cristalliniens ;

5° Certains cas d'expérience individuelle.

Nous allons les étudier successivement.

I. — Infections externes

Ce sont les blépharites, les conjonctivites, les états lacrymaux, les infections de voisinage (eczéma, impétigo, otites, etc.)

Les blépharites peuvent revêtir leurs différentes formes cliniques (simple, hypertrophique, glandulo-ciliaire, ulcéreuse). Ces inflammations ordinairement très anciennes, favorisées par une hygiène défectueuse, développées sur un terrain héréditairement prédisposé (lymphatisme, herpétisme), sont peu justiciables d'un traitement rapide.

Certaines conjonctivites chroniques à pneumocoques, à staphylocoques, fréquentes chez les vieillards ; le trachome souvent compliqué de trichiasis dans les formes anciennes, peuvent donner au chirurgien de sérieuses appréhensions sur le résultat de l'opération. Enfin et surtout les troubles lacrymaux sous toutes leurs formes : simple larmoiement, dacryoscystites muqueuses, mucopurulentes, purulentes, le rétrécissement, l'occlusion des conduits, l'ectropion, peuvent compromettre gravement la réussite opératoire.

Les orgeolets, chalazions, ptérygions, liés souvent aux états lacrymaux, seront aussi une cause de préoccupations sérieuses.

On redoutera également les infections de voisinage, rhinites, otorrhées, impétigos, eczémas, souvent localisés à l'angle externe de l'œil.

Ces différentes affections existent, chez des cataractés, soit isolées, soit souvent combinées.

Quelle est la conduite à suivre en pareil cas. Opère-t-on? une infection grave et la perte de l'œil sont à redouter. La conduite la plus rationnelle consisterait à guérir les infections d'abord, à opérer ensuite. Mais il s'agit habituellement de cas chroniques très anciens liés à un état général défectueux sur lesquels la thérapeutique ne peut avoir qu'une action très lente. De plus, les malades le plus souvent âgés ont intérêt à recouvrer la vue le plus tôt possible. Ils s'impatientent, s'énervent, se découragent.

Beaucoup d'oculistes renoncent à opérer et ces malades viennent grossir en la compliquant la clientèle hospitalière.

Notre Maître le professeur Truc opère tous ces malades non seulement avec succès, mais avec d'excellents résultats. Après un traitement rapide de quelques jours : lavages, antiseptiques, cathétérisme, il fait une iridectomie préparatoire, puis, après cicatrisation complète, l'extraction. Ainsi faite elle a plus de chances de réussir que de suite après l'iridectomie. Les complications seront d'ailleurs traitées dans l'intervalle des deux interventions.

II. — Lésions du globe

Un certain nombre de cataractes peuvent être compliquées de lésions oculaires diverses indépendantes des lésions externes. Ce sont : certaines lésions cornéennes (kératites, leucomes, kératocone, etc.), les iritis, les synéchies postérieures, le glaucome, les myopies très élevées, les chorio-rétinites et lésions optiques.

Les kératites souvent accompagnées de troubles de l'humeur aqueuse masquent le champ opératoire. Elles sont souvent cause d'une section douloureuse, d'une hémorragie ou d'une infection plus faciles, d'une cicatrisation moins franche.

Les leucomes simples ou adhérents, les staphylomes cornéens, le kératocône, le kératoglobe peuvent compliquer plus ou moins gravement une opération d'extraction.

Dans les iritis liées aux infections externes ou les iritis de cause générale, la section de l'iris très douloureuse s'accompagne d'un épanchement hématique abondant. La

tâche de l'opérateur est rendue doublement plus laborieuse par le malade que la douleur rend indocile et par l'hémorragie qui remplit la chambre antérieure.

L'iridectomie dans les synéchies postérieures (cataractes adhérentes coïncidant souvent avec des chorio-rétinites) présente souvent de sérieuses difficultés. Tantôt l'iris rigide se laisse difficilement saisir, tantôt les adhérences résistent et l'iris fripé se déchire.

Le glaucome coexistant avec une cataracte constitue une grave complication et expose à tous les dangers résultant de l'hypertonie, issue du vitré, cicatrisation défectueuse, quelquefois absence de cicatrisation avec plaie entrebâillée, infection possible, enclavements iriens, hémorragies.

Certaines cataractes pathologiques sont particulièrement préoccupantes. Ce sont :

Les cataractes compliquées d'une lésion zonulaire (luxées, subluxées, branlantes, trémulantes) où des lésions du fond de l'œil, le ramollissement du vitré sont à craindre.

Certaines cataractes avec décollement rétinien d'apparence crayeuse spéciale. On ne doit opérer que lorsqu'il y a un peu de projection et que l'autre œil est déjà perdu.

Les cataractes molles, à marche rapide, tellement gonflées que le cristallin refoule entièrement l'iris contre la cornée.

Les cataractes traumatiques accompagnées d'inflammations diverses. Certaines cataractes morgagniennes régressives, en général toutes celles qui s'accompagnent de lésions chorio-rétiniennes ou optiques. Les diverses enveloppes de l'œil sont plus ou moins atteintes dans leur vitalité. La membrane hyaloïde affaiblie dans sa résistance est très exposée à se rompre et à donner issue au vitré.

Dans ces différents cas si diversement compliqués, quelle méthode doit-on adopter ?

L'extraction simple ne saurait leur convenir. Elle doit être exclusivement réservée aux cas simples. L'extraction avec iridectomie pourra donner lieu à de gros ennuis. Mais si l'on fait une iridectomie préparatoire l'ablation du cristallin va se trouver simplifiée.

L'iridectomie aura ici un rôle complexe. Elle sera suivant les cas, en même temps que préparatoire, optique, antiphlogostique, antiglaucomateuse.

Les kératites, les iritis seront rapidement améliorés et guéris. Mais on n'opèrera pas dans une période aiguë, car on s'exposerait à déterminer une irritation encore plus vive, la réocclusion de l'iridectomie, quelquefois l'atrophie de l'œil.

Dans les leucomes simples centraux, la brèche irienne découvrira mieux la cataracte, permettra de noter ses particularités, et en élargissant le champ opératoire masqué en partie par l'opacité facilitera son issue hors de l'œil. D'après Terson, l'iridectomie pourrait éclaircir la tâche en excitant la vitalité du tissu cornéen.

Dans les leucomes adhérents elle jouera le même rôle et sera de plus antiglaucomateuse. Elle sera donc plus large afin de parer au glaucome possible, et à une réocclusion partielle de la pupille artificielle.

Dans les cataractes adhérentes, la destruction des synéchies, quelque temps avant l'extraction, évitera les poussées d'hypertonie et facilitera notablement la seconde opération. Si les synéchies sont partielles, une iridectomie peut suffire ; si elles sont totales, une seconde iridectomie pourra être nécessaire quelque temps après dans la région opposée. On règlera sa conduite sur la force des adhérences, constatée à la première intervention.

L'iridectomie préparatoire est le plus souvent indispensable dans les cataractes glaucomateuses. Elle rendra

à l'œil sa tension normale, parfois une perception et une projection lumineuse satisfaisantes. Elle agira de même dans les cataractes molles sans chambre antérieure, pathologiques ou traumatiques.

Enfin, dans les cataractes liées aux lésions chorio-rétiniennes où le résultat est forcément limité d'avance, l'iridectomie préparatoire donnera le maximum de chances de succès. Elle aurait peut-être une action thérapeutique, dans les choroïdites myopiques, les décollements rétiniens.

III. — Maladies générales

Un grand nombre de maladies générales sont susceptibles d'assombrir le pronostic des opérations de cataracte. Il n'y a ici ni infections ni maladies oculaires, mais des complications sont à craindre, redoutables, que nous éviterons plus sûrement avec l'extraction espacée.

Les affections du système circulatoire seront souvent une cause d'hypertonie générale et oculaire. Les artério-scléreux ont des vaisseaux friables et hypertendus.

Au toucher digital les radiales, les temporales sont dures. Ces maladies ont un arc sénile très accentué et présentent quelquefois des hémorragies sous-conjonctivales à rechute.

Si l'on opère sans iridectomie on s'expose à des hémorragies profuses. L'œil ouvert, il se fait une détente et les vaisseaux choroïdiens moins bien soutenus peuvent se briser, donnant lieu à des hémorragies redoutables (hémorragies expulsives).

Si l'on a recours à l'extraction combinée, les vaisseaux

scléreux de l'iris peuvent saigner abondamment et gêner l'opérateur sans préjudice des autres complications.

On agira sagement en faisant une iridectomie préparatoire, avec section étroite. On se renseignera ainsi, en partie, sur l'état de tolérance de l'œil.

Il est cependant des cas où l'extraction espacée, elle-même, devra être rejetée, c'est lorsqu'une hémorragie expulsive est survenue à l'opération de l'œil congénère et que le même accident est à craindre. On n'a alors d'autre ressource que l'abaissement.

Les maladies du cœur (coexistant parfois avec l'artério-sclérose) font de la congestion ou de l'hypertension de deux façons : soit par gêne de la circulation de retour et stase veineuse dans les affections du cœur droit, soit par augmentation de la pression artérielle dans les hypertrophies du ventricule gauche. Chez les cardiaques on devra, de plus, tenir compte, d'un certain état d'agitation, de l'impossibilité pour certains d'entre eux de rester longtemps couchés.

L'iridectomie préparatoire sera ici encore indiquée.

Les affections du poumon devront être également surveillées. L'asthme, la bronchite chronique, l'emphysème, etc., peuvent être cause de divers accidents opératoires et post-opératoires. Une quinte de toux violente peut provoquer des hernies de l'iris, la sortie brusque du cristallin, l'issue du vitré, et, par les troubles de la petite circulation qu'elle entraîne, déterminer des hémorragies rétiniennes, favorisées par une stase veineuse habituelle. Sauf dans les cas de poussée congestive, dont on attendra le déclin, différer l'opération, c'est y renoncer, les mêmes difficultés devant se représenter. L'iridectomie préalable trouvera ici encore une heureuse application.

Les diathèses hémorragiques, en particulier l'hémophilie, peuvent entraîner des hémorragies diverses, opératoires ou post-opératoires.

Les affections du foie, l'ictère, les cirrhoses, la lithiase biliaire, certaines affections rénales ou utérines, le paludisme, l'anémie pernicieuse progressive, sont encore des causes d'hémorragies.

Le rhumatisme, la goutte, profiteront parfois du traumatisme chirurgical pour provoquer une poussée oculaire.

Le lymphatisme, et surtout l'albuminurie, le diabète, en dehors de leurs tendances hémorragiques, présentent une susceptibilité particulière à l'infection post-opératoire. Ces différents cas sont justifiables de l'opération espacée.

Nous signalerons encore comme indiquant cette opération :

Les prostatiques si dérangés par leurs habitudes de miction nocturne ;

Les sujets affectés de goître exophtalmique où un état général, souvent détestable (agitation fébrile, excitabilité), s'unit à des conditions locales défectueuses. De larges kératites par lagophtalmos ne laissant souvent qu'une petite portion de cornée transparente, obligent à donner à l'iridectomie les sièges les plus divers.

IV. — États cristalliniens

Nous avons en vue dans ce paragraphe certaines cataractes incomplètes ou partielles de degré variable, trop peu avancées pour être opérées normalement, mais qui entraînent cependant une gêne visuelle assez grande pour légitimer une intervention. Ce sont les cataractes lenticulaires centrales, incomplètes et à évolution très

lente ; ce sont encore les cataractes partielles lenticulaires ou corticales. Il s'agit alors soit d'opacités périphériques irrégulières comme dans certains états choroïdiens, de cataractes polaires, antérieures, « pyramidales », ou postérieures, de cataractes fusiformes, ponctuées, striées, de cataractes zonulaires. Ces cataractes sont en général stationnaires. Que doit-on faire dans ces différents cas ?

Si la vision est satisfaisante, on pourra renoncer provisoirement à intervenir. Certaines cataractes pointillées sont compatibles avec une assez bonne vision. Sinon on fera une iridectomie préparatoire. La pupille nouvelle placée en face de parties cristalliniennes transparentes donnera une amélioration appréciable, dont on pourra juger antérieurement le degré par atropinisation. Les cataractes polaires antérieures ou postérieures, les cataractes zonulaires ne réclament souvent pas d'autres opérations (1).

Mais lorsque le trouble fonctionnel est encore trop considérable et que l'extraction de la cataracte serait indiquée, attendra-t-on la maturité ? Il faudra alors temporiser indéfiniment. Si on opère par un des procédés habituels avec iridectomie et à plus forte raison sans iridectomie, des masses lenticulaires pourront être laissées dans l'œil. On sait en effet que la périphérie de la lentille cristallinienne transparente adhère à la cristalloïde, adhérences qui diminuent et disparaissent avec l'opacification, et l'on sera quelquefois surpris, ayant laissé une pupille parfaitement noire le jour de l'opération, de trouver au premier

(1) Les indications de l'extraction seront d'ailleurs variables suivant les professions, les conditions sociales et l'acuité visuelle qu'elles exigent.

pansement des débris opacifiés dans le champ pupillaire. Ces reliquats opératoires font des iritis, des irido-choroïdites, des cataractes secondaires, et assombrissent singulièrement le pronostic fonctionnel. Classiquement ces cas ne sont donc pas opérables.

Il est cependant possible, lorsqu'on veut être utile au malade, d'extraire le cristallin avec le maximum de succès. On a le choix entre deux méthodes :

1° Faire la maturation ;

2° Enlever la cataracte non mûre.

Dans le premier cas on aura à choisir entre la méthode de Fœrster (iridectomie et massage), opération dangereuse, ou la discission.

Cette seconde méthode expose aux accidents glaucomateux. Elle est cependant employée quelquefois avec profit, en particulier dans les opérations de myopie.

Dans le second cas on peut, ou bien enlever la cataracte non mûre dans sa capsule, mais c'est là une opération très difficile, très dangereuse, qui donne pratiquement de mauvais résultats, ou bien faire une iridectomie préparatoire. Jacobson attribuait à cette opération une action sur la maturation de la cataracte. Quoi qu'il en soit, on n'a pas à se préoccuper du degré plus ou moins avancé de l'opacification. De vingt jours à un mois après l'iridectomie, on peut extraire le cristallin. L'expérience démontre que toutes les masses opaques ou transparentes sont expulsées. La toilette après l'extraction est seulement un peu plus laborieuse. On est, d'ailleurs, quelquefois surpris, chez des sujets âgés, artério-scléreux d'extraire des cristallins presque entièrement transparents.

Notre Maître le professeur Truc a opéré un certain nombre de cataractes incomplètes, soit en clientèle, soit à

l'hôpital, avec iridectomie préalable, et en a obtenu les plus beaux succès.

Nous citerons encore certaines cataractes molles, intumescentes avec absence complète de chambre antérieure où le même procédé sera employé avec fruit.

V. — Conditions d'expérience individuelle

Nous exposerons ici un certain nombre d'indications un peu particulières se rapportant à l'âge du sujet, la grosseur de la cataracte, l'hystérie, l'épilepsie, la folie, certaines professions, etc.

Une cataracte très incomplète coïncidant avec une extrême sénilité réclamera doublement l'extraction espacée. La maturation, en gonflant le cristallin, ferait une hypertension beaucoup plus dangereuse chez les sujets âgés. L'opération faite en deux fois donnera pleine satisfaction, et permettra d'éviter les congestions hypostatiques si fréquentes chez les vieillards trop longtemp alités. Certaines cataractes anciennes, volumineuses, à couleur de mauvais augure, jaune roussâtre, réclameront la même intervention.

Un nervosisme excessif entraîne une agitation, des efforts peu favorables à l'opération. Le malade indocile rend la tâche très pénible, parfois presque impossible. Des accidents opératoires ou post-opératoires sont toujours à craindre. Nous avons vu plusieurs fois l'opération compromise par un coup de poing donné sur l'œil par l'opéré lui-même, ou par une étreinte un peu trop vive, accompagnée de pleurs et de cris. L'iridectomie préparatoire en diminuant la durée de l'intervention, en réduisant la con-

valescence à son minimum, ménagera la susceptibilité nerveuse de ces malades.

Des précautions plus minutieuses encore seront nécessaires chez les hystériques. Le traumatisme opératoire uni à l'émotivité centuplée par la névrose peut occasioner une crise soit pendant l'opération, soit dans les jours qui suivent. L'opération espacée permet d'aboutir plus aisément, et d'être mieux paré contre les complications éventuelles.

Ce procédé pourra être employé également chez les épileptiques et donnera de bien meilleurs résultats que l'abaissement auquel on a habituellement recours.

Quant aux aliénés, ils sont considérés comme inopérables. Leur indocilité irréductible constitue un obstacle presque insurmontable à l'extraction. L'opération terminée, la plus rigoureuse surveillance sera indispensable pour empêcher le malade d'arracher son pansement. Autrefois ces malheureux étaient abandonnés ou opérés par abaissement. Mais que faire si l'on veut leur donner le maximum de vision possible. L'extraction simple s'accompagnera fatalement de hernie de l'iris. L'extraction combinée sera guère un peu plus praticable. Mais avec l'iridectomie préparatoire on aura encore plus de chances de réussir.

M. Truc a opéré des aliénés par extraction et le résultat a toujours été très satisfaisant.

Une autre indication très importante d'extraction espacée est la présence d'une cataracte chez un malade dont l'autre œil est gravement lésé ou perdu par suite d'une affection antérieure. Il y a là pour l'oculiste une grande responsabilité, puisqu'un insuccès peut faire un aveugle. S'il existe de ce côté un moignon, on commencera par l'énucléer car « le fait d'opérer l'œil cataracté peut suffire

à réveiller le processus inflammatoire dans l'œil atrophié, lequel réagit à son tour sur l'œil opéré » (Panas). On opèrera ensuite l'œil cataracté en deux fois à intervalle variable.

Certaines professions administratives peuvent être une raison de hâter l'opération. Il s'agit, par exemple, d'un fonctionnaire porteur de deux cataractes incomplètes, suffisamment avancées pour rendre toute occupation impossible. On gagnera beaucoup de temps avec une iridectomie préparatoire, en n'attendant pas la maturité quelquefois si longue à venir.

M. Truc a ainsi opéré en quatre fois (deux interventions à chaque œil) un employé des postes affecté de deux cataractes très incomplètes. En six mois le malade était guéri, avec vision parfaite des deux côtés, et put continuer sa profession.

Un autre malade a subi les mêmes opérations en deux mois, avec un résultat parfait, un troisième en trente-neuf jours (voir nos observations). Enfin diverses infirmités, le manque de ressources chirurgicales réclament à titre divers l'iridectomie préparatoire.

*
* *

En somme, les indications de cette opération sont très nombreuses, et peuvent se présenter assez fréquemment dans la clientèle hospitalière. M. Truc opère chaque année à la clinique ophtalmologique un certain nombre de cataractes par ce procédé dans les proportions de 5 °/₀ environ.

CHAPITRE IV

CONTRE-INDICATIONS

Si l'extraction espacée peut nous être d'un précieux secours dans les cas si diversement compliqués que nous venons de passer en revue, elle présente, comme nous l'avons dit plus haut, des inconvénients assez sérieux pour qu'on ne puisse en généraliser l'emploi.

C'est ainsi que les cataractes séniles ordinaires, mûres, sans adhérences avec la membrane irienne, sans aucune trace d'affections oculaires antérieures, avec conservation de la sensibilité rétinienne, sans complications du côté de l'état général, sont opérées par l'extraction simple, avec des résultats optiques et esthétiques parfaits sans risques spéciaux.

Toutes choses égales, l'extraction simple sera particulièrement indiquée dans les cas où il y aurait avantage à éviter la difformité pupillaire chez les enfants, les femmes, chez lesquelles le côté esthétique mérite une attention spéciale. Elle sera aussi utile dans certaines professions délicates, chez les intellectuels, où l'action du diaphragme irien peut rendre de réels services.

Dans une foule de cas compliqués l'extraction combinée donnera une sécurité suffisante. On ne peut établir de démarcation bien nette entre ses indications et celles

de l'extraction espacée. Elles sont sensiblement les mêmes, et c'est surtout un très haut degré de gravité qui fera pencher vers la seconde.

Dans les cas où l'on sera en droit d'hésiter entre l'un et l'autre procédé, certaines conditions pourront intervenir et influer sur la décision. Un ouvrier, père de famille, dont le travail quotidien est la seule ressource, aura intérêt à guérir dans le minimum de temps et avec une seule opération. Un domicile très éloigné obligeant le malade à de grands déplacements et aux dérangements correspondants justifiera l'emploi de l'extraction combinée.

Nous signalerons comme dernières contre-indications certaines cataractes qui ne doivent jamais être opérées. Ce sont les cataractes trop compliquées avec irido-cyclite ancienne ou hypotonie due à un décollement de la rétine, ou bien les cataractes glaucomateuses lorsque la sensibilité rétinienne n'existe plus.

CHAPITRE V

OPÉRATION

I. — Technique préopératoire

Bien que l'extraction espacée soit plus simple, plus facile que les procédés courants, comme elle s'applique toujours à des cataractes très compliquées, on ne négligera aucune des minutieuses précautions habituelles.

Les instruments, tampons, compresses, pansements, collyres, seront stérilisés à l'étuve chauffée à 150°.

Les mains de l'opérateur et de ses aides seront savonnées, brossées, plongées dans une solution antiseptique.

Le malade sera soigneusement examiné au point de vue général, régional et local. On notera les complications correspondantes. Les jours qui précèdent l'opération : calmants, purgatifs, gymnastique oculaire.

L'avant-veille pansement d'essai ; la veille grand pansement comprenant lavage à l'eau savonneuse des paupières et des sourcils, lavage des culs-de-sac conjonctivaux à l'eau bouillie, désinfection des cils, etc.

M. Truc opère tous les cataractés dans leur lit, et dans la pièce où ils devront séjourner. On évite ainsi des déplacements inutiles, parfois nuisibles. La pièce, éclairée le mieux possible, sera nettoyée la veille ou l'avant-veille.

Au moment de l'opération, le pansement est enlevé, les culs-de-sac conjonctivaux, les cils nettoyés à nouveau. Instillations de cocaïne à 1/50. Le chirurgien se place à gauche du malade ou derrière lui, suivant l'œil qu'il doit opérer, place la pince fixatrice et s'apprête à faire la section.

II. — Particularités opératoires

Elles sont occasionnelles et individuelles et ont rapport à l'étendue de l'iridectomie, à son siège, à son excision, à son uni ou bilatéralité.

L'iridectomie sera de dimensions moyennes, environ 3 millimètres, simple, en trou de serrure et assez périphérique. On aura soin de tailler un petit lambeau conjonctival pour préserver la plaie contre les infections externes. Chez beaucoup de malades, nerveux, séniles, tousseurs, cracheurs, la bonne coaptation de la plaie et le résultat final sont dus en grande partie au lambeau.

Dans la majorité des cas, l'iridectomie sera pratiquée en haut pour deux raisons. Elle diminue le trouble ultérieur de la vision, et cache en grande partie la difformité opératoire. La paupière supérieure, en effet, recouvre le colobome et la pupille présente à peu près son aspect normal.

Chez les malades indociles, obéissant mal aux conseils du chirurgien, l'iridectomie sera faite en bas comme pis aller. On préviendra souvent ainsi les différentes complications que peuvent entraîner des mouvements brusques et intempestifs.

Dans les leucomes cornéens centraux elle sera à la fois préparatoire et optique et occupera des positions varia-

bles suivant les conditions sociales, en bas et en dehors chez le travailleur manuel ayant besoin d'un champ visuel étendu, en bas et en dedans chez les intellectuels et tous ceux à qui la vision de près est surtout nécessaire. Dans ce dernier cas on aura plus de chances de conserver la vision binoculaire. Tout ceci est, d'ailleurs, théorique et la position de l'iridectomie sera souvent imposée par le siège et l'étendue de l'opacité.

L'iridectomie sera ordinairement simple. Elle pourra cependant être indiquée à nouveau par des synéchies postérieures, très résistantes, qu'une première opération n'a détachées qu'en partie. Elle sera faite alors au point exactement symétrique, soit précédant immédiatement l'extraction, soit mieux quelque temps avant.

On peut opérer les deux yeux le même jour, comme nous l'avons vu faire plusieurs fois par M. Truc. Il opère d'ailleurs souvent ainsi les glaucomes chroniques. Notre maître agit aussi volontiers de la façon suivante : il fait d'abord l'iridectomie à un œil. Dans une seconde période et à intervalle de huit ou dix jours, il pratique l'extraction du côté opéré et la seconde iridectomie préparatoire. Il termine quelque temps après par la seconde extraction.

III. — Technique opératoire

Instruments. — Ecarteur, pince fixatrice, couteau de De Græfe, pince à iris, pince-ciseaux de De Wecker, spatule irienne.

Pratique. — Nous la décrirons sommairement.

1er Temps : Section de la cornée. — La section, large de 5 à 6 millimètres sera faite au couteau de De Græfe, à

1 millimètre en arrière du limbe scléro-cornéen comme dans l'extraction. Elle comprend les mouvements suivants : ponction, centre-ponction et section cornéenne.

2° *Temps : Saisie et excision de l'iris.* — La pince à iris est introduite fermée, la concavité en avant, et dirigée vers le sphincter pupillaire. A 1 millimètre environ du bord de la pupille, les mors de la pince sont entr'ouverts, on appuie légèrement et on serre les branches en saisissant un pli irien qu'on attire en dehors ; la section ou excision sera faite on deux temps, perpendiculairement au sphincter, elle sera ainsi plus périphérique, plus régulière et plus complète. L'iris sera d'ailleurs sectionné diversement suivant les dimensions que l'on veut donner à la pupille artificielle.

3° *Temps*: *Réduction de l'iris.* — Les deux angles du colobome seront réduits très exactement avec la spatule. Aucune parcelle de tissu irien ne doit rester retenue entre les lèvres de la plaie si on veut éviter l'hpertonie consécutive.

IV. — Soins post-opératoires

Pansement : Notre maître emploie depuis de longues années le pansement humide, qu'il trouve plus absorbant que le pansement sec ; les malades s'en trouvent d'ailleurs très bien et demandent souvent eux-mêmes à être mouillés. L'humidité est entretenue par des instillations répétées toutes les demi-heures. Le pansement est maintenu par des rondelles de gaze, fixées au collodion.

« Repos, silence, obscurité », ces trois mots résument

la conduite de l'opéré. L'alimentation, liquide les premiers jours pour éviter les efforts de mastication, sera ramenée lentement et progressivement à la normale.

Les douleurs consécutives à l'opération diminuent et disparaissent d'ordinaire dans la soirée. Des calmants, la fixation des manches au matelas pendant la nuit, seront parfois d'utiles précautions. Le pansement sera laissé en place pendant deux ou trois jours.

V. — Suites opératoires et complications de l'iridectomie

L'opération se passe d'ordinaire sans incidents. Les suites opératoires sont généralement bonnes. La convalescence marche rapidement, les malades peuvent se lever le deuxième ou le troisième jour. La guérison peut être complète dès la fin de la première semaine.

Les complications sont exceptionnelles. Elles viennent soit d'une faute de technique, —et elles seront alors facilement évitées par un opérateur exercé, — soit d'un état pathologique de l'œil. Ce sont :

Pendant l'opération, le collapsus de la cornée que l'on rencontre chez les vieillards très émaciés, mais qui est parfois l'indice d'une désorganisation profonde du corps vitré ; des difficultés provenant de la résistance ou de la déchirure de l'iris dans les synéchies postérieures ; (on les évitera quelquefois en saisissant largement et fortement l'iris et en exerçant des tractions excentriques lentes et soutenues) ; des hémorragies graves survenant de suite après la section ou après l'iridectomie (artériosclérose, glaucomes malins) l'issue du corps vitré pathologique.

Après l'opération, la persistance de l'hypertonie dans les cataractes glaucomateuses, l'œil reste rouge, douloureux, la cicatrisation est irrégulière et une nouvelle iridectomie ou une sclérotomie peuvent être nécessaires ; une attaque de glaucome sur l'œil congénère sain en apparence, des iritis, des irido-cyclites. On se félicitera dans ces cas d'avoir eu recours à l'iridectomie préparatoire.

Mais, nous le répétons encore, ces complications de gravité très inégale, ou sont peu dangereuses, ou se rencontrent rarement, et le malade guérit habituellement dans le minimum de temps.

CHAPITRE VI

INTERVALLE ENTRE L'IRIDECTOMIE ET L'EXTRACTION

Mooren, l'instigateur du procédé, mettait un intervalle de huit à quinze jours entre l'iridectomie préparatoire et l'extraction. Après lui, ce laps de temps fut trouvé insuffisant et porté à deux mois et plus. Ici encore on ne peut établir de règle générale.

Il doit y avoir évidemment un minimum de temps. Il faut laisser à l'œil opéré le temps de guérir de sa première blessure, de revenir peu à peu à son état normal. Dans bon nombre de cas, cet intervalle peut être très court ; il est de quinze jours environ dans plusieurs de nos observations. Il s'agit de cas où les suites opératoires ont été essentiellement bénignes, où la guérison s'est effectuée avec le maximum de rapidité.

D'autres fois on interviendra plusieurs mois après, soit que le malade conserve une vision encore suffisante de l'autre œil, soit qu'une complication post-opératoire ou un cas exceptionnellement grave fasse reculer volontairement la date de la seconde opération.

Dans certains cas, on pourra attendre de longues années ou même ne pas intervenir, par exemple dans les cataractes glaucomateuses où l'iridectomie ayant guéri le

glaucome, la cataracte progresse lentement ou cesse de progresser. Dans les cataractes congénitales (pyramidales, zonulaires, partielles), où la vision peut rester suffisante après iridectomie. Il faut tenir compte d'ailleurs de certaines conditions individuelles, et de la vision plus ou moins parfaite nécessaires aux uns et aux autres.

Quelquefois enfin, l'extraction pourra être contre-indiquée, lorsque l'iridectomie préparatoire aura révélé de redoutables complications à craindre, et que l'on aura le droit de reculer devant une trop grosse responsabilité.

CHAPITRE VII

RÉSULTATS

Les résultats de l'iridectomie préparatoire sont en général bons parfois excellents.

Les infections externes ou des complications inflammatoires, la panophtalmie, pouvaient être à redouter n'amènent en général aucune complication.

Les cataractes avec lésions du globe dont le pronostic fonctionnel doit être souvent très réservé sont opérées avec succès.

On se félicitera aussi de l'iridectomie préparatoire dans les maladies générales citées plus haut, si aptes à l'infection et aux hémorragies. La bénignité si constante de l'opération et de ses suites ne doit-elle pas être attribuée en partie à ce procédé ?

Les cataractes incomplètes ou les opacités secondaires sont si fréquentes, présentent dès le 10e ou 12e jour une pupille idéalement noire avec très bonne vision.

Enfin, dans les différents cas que nous avons réunis sous le titre « conditions d'expérience individuelle » l'iridectomie préparatoire permettra d'aboutir alors que tout autre procédé d'extraction eût été très difficile ou même impraticable.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Nous avons groupé dans le tableau ci-joint les observations de tous les malades opérés de cataracte après iridectomie préparatoire par M. Truc durant les cinq années que nous avons passées auprès de lui.

Il nous a paru inutile et un peu long de les décrire dans tous leurs détails et nous avons pensé qu'une vue d'ensemble, tout en ayant les mêmes avantages, serait moins fastidieuse.

Ce qui frappe d'abord dans nos observations, c'est la prédominance des infections externes surtout lacrymales (blépharites, conjonctivites, pterygions) ; on en trouvera la raison dans la fréquence du vent et l'abondance des poussières, apanages de nos régions.

Puis viendront par ordre, la non maturité de la cataracte, les troubles choroïdiens, les leucomes simples ou adhérents, le glaucome idiopathique ou symptomatique, l'atrophie de l'œil congénère, etc.

L'iridectomie a été faite quelquefois aux deux yeux, tantôt le même jour, tantôt à 8 ou 10 jours de distance.

L'intervalle entre l'iridectomie et l'extraction varie dans chaque cas et dans de grandes proportions.

Enfin on pourra juger de l'excellence des résultats. Certains de nos malades présentaient une acuité visuelle de 0,5 à 0,6 dès leur départ de l'hôpital, c'est-à-dire du dix au douzième jour après l'opération.

Nous avons cru devoir citer quelques observations de cataractes congénitales (pyramidale, zonulaire) où l'iridectomie est surtout optique, il est vrai, mais où cependant, pour diverses raisons, une extraction peut plus tard devenir utile.

IRIDECTOMIE PRÉPARATOIRE DANS L'EXTRACTION DE LA CATARACTE

Observations

ANNÉE	NUMÉRO	SEXE	AGE	PROFESSION	VARIÉTÉ DE LA CATARACTE	COMPLICATIONS	IRIDECTOMIE ODG ; OD; OG	INTERVALLE ENTRE L'IRIDECTOMIE ET L'EXTRACTION	RÉSULTATS	OBSERVATIONS
1907	3439	H.	83	Tanneur	OD : C. sénile complète. OG : C. sénile régressive.	Sénilité. ODG : Conjonctivite lacrymale. Ptérygion.	ODG : en bas même jour.			Doit revenir pour extraction.
1907	3431	H.	50	Employé P.-L.-M.	OD : C. lenticulaire au début. OG : C. lenticulaire incomplète.		OG.	30 jours.	VOG = 0,5 (10e jour après l'opération).	
1907	3401	H.	73	Agriculteur	OD : C. sénile au début. OG : C. sénile sub. complète.	OG : Leucome.	OG.	15 jours.	VOG = 0,1 (12e jour).	
1907	3381	F.	67	Ménagère	OD : cataracte sub. complète. OG : Idem	ODG : Troubles choroïdiens.	ODG.	OD : 9 mois. OG : 8 mois.	VOD = 0,4 (15e jour). VOG = 0,5 (13e jour).	
1907	3373	F.	68	Ménagère	OD : C. sénile incomplète. OG : C. sénile au début.	ODG : Larmoiement ; début cataracte très ancien.	OD.			Doit revenir pour extraction.
1907	3348	H.	56	Cultivateur	OD : C. sénile complète. OG : C. sénile complète.		ODG (à 13 jours d'intervalle).	OD : 27 jours. OG : 39 jours.	VOD = 0,6 (13e jour). VOG = 0,5 (9e jour).	Iridectomie double le même jour (les 4 opérat. en 39 jours.)
1907	3338	F.	71	Ménagère	ODG : C. sénile complète.	Nervosisme.	ODG (le même jour).	OD : 29 jours. OG : 37 jours.	VOD = 0,3 (14e jour).	
1907	3327	H.	66	Maçon	OD : C. complète. OG : C. sub. complète.		ODG (à 20 jours d'intervalle).	OD : 37 jours.	VOD = 0,3.	
1907	3323	H.	74	Cultivateur	OD : Cat. incomplète. OG : Cat. complète.	ODG : Troubles choroïdiens, myopie, larmoiement.	OG.	2 mois et demi.	VOG = 0,2 (16e jour).	
1906	3297	F.	64	Ménagère	OD : Cat. sénile sub. complète. OG : Opéré de cat. p. extract. combinée.	OG : Cataracte secondaire.	OD.	9 mois.	VOD = 0,3 (12e jour). VOG = 0,2 (1 an après).	
1906	3274 *bis*	F.	59	Ménagère	ODG : Cat. sénile complète.	ODG : Blépharo conjonct. lacrymale.	OD.			Doit revenir paur extraction.
1906	3274	H.	65	Marin	ODG : Cat. sén. très incomplète.	ODG : Cat. tr. grosse et tr. dure : larm. léger.	OD.	16 jours.	VOD = 0,3 (15e jour).	
1906	3270	H.	52	Cultivateur	ODG : Cat. sén. complète.	ODG : Conjonct. lacrym. chronique.	OD.	16 jours.	VOD = 0,3 (20e jour).	
1906	3157	F.	77	Lessiveuse	OD : Cat. sénile complète. OG : Cat. sénile sub. complète.	ODG : Ptérygion.	OD.	23 jours.	VOD = 0,3 (10e jour).	
1906	3120	H.	69	Pêcheur	OD : Cat. sénile au début. OG : Cat. sénile très incomplète.	ODG : Blépharo-conjonct. OG : Leucome adhérent.	OG.	6 mois.	VOG = 0,3 (19e jour).	
1906	3115	H.	56	Cultivateur	OD : Cat. sénile sub. complète.	OG : Atrophie du globe.	OD.	18 jours.	VOD = 0,4 (15e jour).	OG. Enucléation avant extraction OD.
1906	3111	H.	53	Cultivateur	ODG : Cataracte sénile subcomplète.		ODG.	OD : 7 mois. OG : 9 mois.	VOD = 0,3 (30e jour). VOG = 0,3 (17e jour).	
1906	3105	H.	66	Cultivateur	OD : Cat. sénile subcomplète.	OG : Iridorrhexis, luxation du cristallin.	OD.	13 jours.	VOD = 0,3 (17e jour).	
1906	3099	H.	64	Boulanger	OD : Cat. sénile subcomplète. OG : Cat. sénile au début.	ODG : Blépharo-conjonct. lacrymale.	OD.	1 mois.	VOD = 0,3 (12e jour).	
1906	2982	H.	63	Agriculteur	OG : Cat. choroïdienne incomplète.	ODG : Chorio-rétinite : blépharo-conj. OG : Hypertonie + 2.	OG.			Doit revenir pour extraction.
1906	420 clin. privée	F.	55	Rentière	ODG : Cat. choroïdienne postérieure.	Chorio-retinite.	OD.	8 mois entre 1re et 2e op. 7 mois entre la 2e et 3e,	VOD = 0,1 (15e jour).	Extraction du cristallin transparent, puis discission postérieure.
1906	379 »	H.	68	Rentier	OD : C. sénile incomplète. OG : C. au début.	ODG : Etat lacrymal ; myopie forte.	ODG.	OD : 35 jours.	VOD = 0,3 (11e jour).	Extraction plus tard OG.
1906	377 »	H.	64	Retraité	ODG : C. sénile incomplète.	Indocilité.	ODG.	OD, 33 jours.	VOD = 0.5 (12e jour).	Extraction plus tard OG.
1906	314 »	H.	65	Rentier	OD : Début de cataracte. OG : C. choroïd. incomplète.	ODG : Conjonct. lacrym. chronique. myopie ancienne.	OG:	OG : 58 jours.	VOG = 0,5 (10e jour).	Opéré en 4 séances.
1906	254 »	H.	48	Commis des P. T.	ODG : C. choroïdienne incomplète.	OGD : Larmoiement léger.	ODG (à 3 mois d'intervalle).	OD : 48 jours. OG : 2 mois.	VOD = 0,4 (9e jour). VOG = 0.4 (10e jour).	
1905	2918	F.	45	Epicière	OD : Aphakie opératoire. OG : Cat. incomplète.		OG.	9 mois.	VOG = 0,4 (11e jour).	VOD = 0,5 (8e mois) extraction combinée.
1905	2887	H.	38	Ménagère	OD : Cataracte choroïd. incomplète. Cataracte choroïd. complète.	ODG : Adhérences irido-capsulaires, leucomes.	ODG.	OD : 10 mois et demi. OG : 9 mois et demi.	VOD = 3/50 (22e jour). VOG = 3/50 (15e jour).	
1905	2745	H.	69	Retraité	OD : Cat. sénile incomplète.	Indocilité. OG : Moignon atrophique.	OD.	4 mois et demi	VOD = 0,2 (10e jour).	Enucléation du moignon OG avant extract. OD.
1905	2397	F.	68	Ménagère	ODG : Cat. sénile incomplète.	ODG : Leucomes.	ODG (à 12 jours d'intervalle).			Doit revenir pour extraction.
1904	2380	H.	62	Cultivateur	OG : Cataracte incomplète.	OD : Atrophie du globe. Eutropion. OG : Leucome, état lacr. Hypert. (T : plus 3)	OG.	7 mois.	OG = 4/50 (12e jour).	
1904	2336	F.	68	Rentier	OD : Début de cataracte.	ODG : Glaucome chronique.	ODG.			Pas d'extraction.
1904	2330	H.	47	Douanier	OD : Cat. complète. OG : Cat. incomplète.	OD : Strab. divergent. Opacit. capsul.	OD.			Doit revenir pour extraction VOG = 0,1.
1904	2303	H.	31	Cultivateur	OD : Cat. traum. complète. OG : Cat. zonulaire.	OD : Leucome adhérent. OG : douleurs, photophobie, larmoiement.	OG.		VOG = 0,1 (12e jour).	Pas d'extraction.
1904	2292	F.	43	Ménagère	OD : Cat. capsulo-lenticulaire. OG : Cat. 1/2 molle lent. incomplète.	ODG : Nystagmus : larmoiement.	OG.			OD : Opéré par extraction combinée = 0,1. OG : Doit revenir pour extraction.
1904	2282	H.	60	Cultivateur	ODG : Cat. sénile complète.	ODG : Conj. lacrym. (myopie légère).	ODG (le même jour).			Doit revenir pour extraction.
1904	2247	H.	45	Cultivateur	OG : Cat. pyramidale.	OD : Atrophie du globe. OG : Leucome adhérent, strab. convergent. ODG : inflam. anc. et répét., rachit., larmoiem.	OG (en bas et en dedans).		VOG = 0,3 (13e jour).	Pas d'extraction.
1903	1923	F.	9	Écolière	OG : Cat. polaire antérieure.	GD : Leucome adhérent central. OG : Leucome simple central.	OG (en bas et en dedans).		VOG = 0,2 (11e jour).	Pas d'extraction.
1902	1780	H.	48	Cultivateur	OD : OG : Cat. traumatique.	OD : Atrophie optique. OG : Leucomes. Iridodialyse.	OG.	3 mois.	VOG = 2/50.	
1902	1751	H.	56	Chauffeur	ODG : Cat. complète.	ODG : Glaucome chronique.	ODG.	OD : 4 mois.	VOD = 0.1 (12e jour).	
1902	1640	F.	60	Couturière	OG : Catar. traumatique.	OD : Myopie progressive. OG : Iritis. Hypertonie.	OG.	1 mois.	OG = 0,1 (25e jour).	

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

L'iridectomie préparatoire dans l'extraction de la cataracte est une iridectomie préalable pratiquée avant l'ablation du cristallin. C'est une opération de prévoyance exceptionnelle.

L'iridectomie préparatoire présente de nombreux avantages et quelques inconvénients. Elle transforme une opération grave en deux opérations bénignes. Elle diminue la durée de l'intervention, elle supprime pendant l'extraction la période douloureuse de la section de l'iris et l'hémorragie consécutive ; elle assure une cicatrisation plus rapide, un retour plus hâtif à la vision définitive ; elle diminue enfin le traumatisme opératoire et les accidents secondaires consécutifs en rendant moins fréquents les enclavements de l'iris.

Son principal inconvénient est de nécessiter deux opérations au lieu d'une, d'exposer deux fois aux accidents, aux complications et aux ennuis correspondants.

L'iridectomie préparatoire sera indiquée dans toutes les cataractes compliquées inopérables ou difficilement opérables par les procédés habituels. Ce sont celles qui accompagnent les infections externes, certaines lésions du globe (kératites, iritis, lésions chorio-rétiniennes) un grand nombre de maladies générales, divers états cristalliniens (cataractes partielles, incomplètes). Elle se trou-

vera encore indiquée par un nervosisme exagéré, l'aliénation mentale, diverses professions administratives, certains cas d'expérience personnelle.

Mais on n'oubliera pas que c'est une opération d'exception et on donnera toujours la préférence à l'extraction simple ou à l'extraction combinée ordinaires dans tous les cas où ces opérations ne seront pas contre-indiquées.

Le siège de l'iridectomie préparatoire est variable, le plus souvent en haut, quelquefois en bas, en dehors exceptionnellement. Elle sera moyenne et assez périphérique avec lambeau conjonctival, simple ou double uni ou bilatérale. Elle précèdera l'extraction de quinze jours au moins.

Les suites opératoires sont remarquablement bénignes ; la guérison rapide. L'extraction facilitée donne d'excellents résultats dans des cas où les pires accidents opératoires ou consécutifs paraissent à craindre.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 juillet 1907.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 24 juillet 1907.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

AUBINEAU (E.). — L'iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte sénile (Société française d'ophtalmologie. Congrès de mai 1902).

— L'iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte sénile (La Clinique ophtalmologique, 10 juillet 1902).

BARQUISSAU. — Quelques considérations sur les différents procédés d'extraction de la cataracte (Thèse Montpellier, 1873, n° 55).

BELL. — Statistique d'opérations de cataracte (Summary of operations for cataract done at the New-York Eye and Ear Infirmary, from 1er oct. 1897 to 1er oct. 1898. — Reports for 1899. — Revue générale d'ophtalmologie, 1900, p. 177).

BÉRARD. — De l'iridectomie préalable dans l'opération de la cataracte. Extraction espacée de De Wecker (Ophtalmologie provinciale, p. 137, déc. 1905).

BERNHARD. — De l'opération des cataractes non mûres (Der Aeztliche Praktiker, 10 avril 1895. — Revue générale d'ophtalmologie, 1895, p. 557).

BETTREMIEUX. — Étude sur l'extraction de la cataracte. Indications de l'iridectomie et recherches sur l'antisepsie opératoire (Thèse de Paris, 1885-86, n° 19).

BOULAY (C.). — Quelques considérations sur le traitement de la cataracte et en particulier sur un nouveau procédé de De Wecker (Thèse de Montpellier, 1875, n° 98).

Brown. — Cataracte, revue historique de son traitement chirurgical (Annals of opht., avril 1904. — Revue générale d'ophtalmologie, 1905, p. 121).

Cowel. — Iridectomy (The clinical Journal, 3 juin 1896. — Revue générale d'ophtalmologie, p. 364, 1896).

Casabianca (Vincent). — De l'iridectomie principalement dans ses applications à l'extraction de la cataracte (Thèse de Montpellier, 1881, n° 10).

Castel. — Réflexions cliniques sur l'extraction de la cataracte (Thèse de Montpellier, 1875, n° 31).

Doyne. — Diabète et opération de la cataracte (Diabetes and cataract extraction) (The ophtalmoscope, déc. 1904. — Revue générale d'ophtalmologie, 1904, p. 554).

Foerster. — Sur la maturation artificielle de la cataracte ; corelysis (Klin. Monatsbl., 1881, supplément. — Revue générale d'ophtalmologie, 1882, p. 210).

Gifford (H.). — De l'opération de choix pour la cataracte sénile (American Journal of Ophtalmology, nov. 1904. — Rev. gén. d'ophtalm., 1905, p. 311).

Haab. — L'opération de la cataracte (Staaropération) (Corresp. bl. für Pchweizer Aerzte, p. 430, 1905. — Rev. gén. d'ophtalmol., 1906, p. 267).

Humblot. — Du choix de la méthode de l'opération de la cataracte (Thèse de Paris, 1875, n° 140).

Jacobson père. — Iridectomie préparatoire et traitement antiseptique (Archiv. für ophtalmol., XXX, 2, p. 261. — Rev. gén. d'ophtalmol., 1884, p. 511).

Lagrange. — Précis d'ophtalmologie, 1897, p. 62.

Landolt. — Opération de la cataracte de nos jours (Arch. d'ophtalmol., nrs 7, 8, 9, 1892. — Rev. gén. d'ophtal. p. 237).

Loubière. — Conseils cliniques sur la cataracte (Thèse de Montpellier, 1875, n° 30).

Montméja. — Diagnostic des cataractes et parallèle des opérations qui sont applicables à leur traitement (Thèse Paris, 1871).

MOOREN. — Die Dermun dorten gesahrereiner horn haut vereiterung beider-staar-extraction (Berlin, 1862. — Ann. d'ocul., avril 1862).

— L'opération des cataractes naturellement ou artificiellement mûries (Wiesbaden, chez Bergmann, 1894). — Rev. gén. d'ophtalmol., 1895, p. 78).

O'CONNOR. — Statistique des opérations de cataracte pratiquées à la New-York Eye and Ear infirmary pendant l'année, sep.. 1899 à sept. 1900 (New-York Eye and Ear Infimary, Rep. 1907, — Rev. gén. d'ophtalmol., p. 506).

OPPERMANN. — De quelques nouveaux procédés opératoires dans le traitement de la cataracte (Thèse de Montpellier, 1866, n° 14).

PÉCHIN. — De la sécurité que donne l'iridectomie dans l'opération de la cataracte sénile (Soc. franç. d'ophtal., mai 1904).

RISLEY. — L'extraction de la cataracte. Choix de l'opération basée sur les conditions intraoculaires (III° Congresso medico americano, Annales de Ophtalmologia, juin 1905. — Rev. gén. d'ophtalmol., 1905, p. 505).

ROGERS. — Une série de cent opérations de cataracte (Journ. of the amer. méd. assoc., oct. 1900. — Rev. gén. d'ophtalmol., p. 356).

SCHUMWAY. — Statistique des opérations de cataracte faites à New-York Eye and Ear Infirmary, d'octobre 1895 à octobre 1896 (rapport annuel. (Rev. gén. d'ophtal., p. 414).

SEMERE. — Statistique d'opérations de cataracte (New-York and Ear Infirm. Report, janvier, 1900. — Rev. gén. d'ophtalmol., p. 513).

TERRIEN. — Chirurgie de l'œil et de ses annexes, 1902, p. 88-195.

TERSON (A). — Chirurgie oculaire, 1901, p. 365.

— Remarques sur l'extraction de diverses variétés de

cataracte (La Clinique ophtalmologique, 25 octobre 1898).

THEULET-LUZIE. — Essai sur les nouveaux procédés opératoires de la cataracte par extraction sclératicale (Thèse de Paris, 1867, n° 171).

TRUC et VALUDE. — Nouveaux éléments d'ophtalmologie, 1896.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

PRÉFACE IV

AVANT-PROPOS XI

CHAPITRE PREMIER. — Historique 15

CHAPITRE II. — Avantages et inconvénients 19

CHAPITRE III. — Indications 23

I. Infections externes 23

II. Lésions du globe 25

III. Maladies générales 28

IV. États cristalliniens 30

V. Conditions d'expérience individuelle .. 33

CHAPITRE IV. — Contre-indications 35

CHAPITRE V. — Opération 38

I. Technique préopératoire 38

II. Particularités opératoires 39

III. Technique opératoire 40

IV. Soins post-opératoires 41

V. Suites opératoires et complications de l'iridectomie 42

CHAPITRE VI. — Intervalle entre l'iridectomie et l'extraction. 44

CHAPITRE VII. — Résultats 46

CHAPITRE VIII. — Observations 47

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 51

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maïsons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!